



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2015

Bedeutung der Arbeitsallianz in der Psychotherapie - Übersicht aktueller Metaanalysen

Flückiger, Christoph ; Horvath, Adam O ; Del Re, A.C ; Symonds, Dianne ; Holzer, Corinne

Abstract: Das pantheoretische Konzept der Arbeitsallianz stellt die kollaborative Qualität der an der Therapie beteiligten Personen (i. e. zumeist der Patient und der Therapeut) in den Mittelpunkt. Die Arbeitsallianz ist die weltweit am besten untersuchte Prozessvariable in der Psychotherapie. Die vorliegende Arbeit bietet einen Überblick über den aktuellen metaanalytischen Wissensstand. Basierend auf 200 Primärstudien mit 14.000 teilnehmenden Patienten wurde der Zusammenhang zwischen Arbeitsallianz und Therapieerfolg metaanalytisch untersucht. Die Arbeitsallianz erweist sich als äußerst robuster Prädiktor, der moderate 8 % der Varianz des Therapieerfolgs erklärt. Der Zusammenhang über die verschiedenen Psychotherapietraditionen hinweg zeigte sich sowohl unter randomisierten kontrollierten, manualisierten Studienbedingungen als auch unter naturalistischen Voraussetzungen. Der Effekt fand sich zudem in den störungsspezifischen Erfolgseinschätzungen und den generelleren Erfolgsmaßen. Die moderaten Therapeuteneffekte in den Primärstudien konnten metaanalytisch bestätigt werden. Soziokulturelle Aspekte wie Substanzmissbrauch und ethnische Minoritäten moderieren den Einfluss zwischen Arbeitsallianz und Therapieerfolg. Die Nähe der Forscher zum Allianzkonzept („allegiance“) beeinflusst die Vorhersagekraft der frühen Allianz zwar statistisch bedeutsam, jedoch nicht substantiell.

DOI: <https://doi.org/10.1007/s00278-015-0020-0>

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-135938>

Journal Article

Published Version

Originally published at:

Flückiger, Christoph; Horvath, Adam O; Del Re, A.C; Symonds, Dianne; Holzer, Corinne (2015). Bedeutung der Arbeitsallianz in der Psychotherapie - Übersicht aktueller Metaanalysen. *Psychotherapeut*, 60(3):187-192.

DOI: <https://doi.org/10.1007/s00278-015-0020-0>

Psychotherapeut 2015 · 60:187–192
DOI 10.1007/s00278-015-0020-0
Online publiziert: 1. April 2015
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

Redaktion

Anja Hilbert, Leipzig
Alexandra Martin, Wuppertal

Christoph Flückiger¹ · Adam O. Horvath² · A.C. Del Re³ · Dianne Symonds⁴ · Corinne Holzer¹

¹ Psychologisches Institut, Universität Zürich, Zürich, Schweiz

² Simon Fraser University, Vancouver, BC, Kanada

³ VA Palo Alto, Palo Alto, CA, USA

⁴ Kwantleen Polytechnic University, Surrey, BC, Kanada

Bedeutung der Arbeitsallianz in der Psychotherapie

Übersicht aktueller Metaanalysen

Die Arbeitsallianz ist das am meisten untersuchte therapiebezogene Prozessmerkmal weltweit. Zwischen 2000 und 2014 sind dazu jährlich um die 300 Fachpublikationen veröffentlicht worden. Die Gründe für die Popularität des Konzepts liegen möglicherweise in der intuitiven Erfahrung vieler Psychotherapeuten, dass eine insgesamt „positive“ Arbeitskollaboration zwischen Therapeut und Patient ein nützlicher (wenn vielleicht auch nicht hinreichender) Indikator für das Fortschreiten der Therapie darstellt. Inwieweit lässt sich dieser subjektive Eindruck empirisch bestätigen?

Die Beurteilung der Aussagen „Ich glaube, dass es richtig ist, wie wir an meinem Problem arbeiten.“ „Meine Therapeutin und ich stimmen überein, woran es für mich wichtig ist zu arbeiten.“ „Ich spüre, dass mich mein Gegenüber schätzt.“ ist grundsätzlich eine persönliche Einschätzung, die zumeist atheoretisch und unabhängig vom professionellen Setting beurteilt werden kann. Der dahinterliegende Bewertungsprozess läuft schnell und intuitiv ab (Caspar und Grosse Holtforth 2009; Horvath und Greenberg 1994). Die vorliegende Übersichtsarbeit bietet einen Zusammenschau aktueller Metaanalysen, die der Frage nachgehen, wie stark die Arbeitsallianz während der Therapie das Therapieergebnis vorhersagen kann. Die Metaanalysen sind im Rahmen einer Task Force der Divisionen Clinical Psycholo-

gy und Psychotherapy der American Psychological Association (APA; Norcross 2011) durchgeführt worden.

Pantheoretisches Konzept

Beziehungsaspekte spielen seit den frühen Anfängen der Psychotherapie eine zentrale Rolle. Psychotherapiepatienten befinden sich in den Sitzungen oftmals in einer etwas paradoxen Situation: Der Therapieprozess kann unangenehme Gefühle aktivieren, die die Patienten im Alltag unbedingt vermeiden wollen. Trotzdem bleiben sie zumeist in den Sitzungen und arbeiten mit den Therapeuten zusammen. Mit dem Konzept der Arbeitsallianz werden die kollaborativen Aspekte der unmittelbaren Patient-Therapeut-Interaktion hervorgehoben (Horvath und Greenberg 1994).

Auch wenn schwierige und problematische Aspekte der therapeutischen Beziehung wie beispielsweise mögliche überdauernde Beziehungsmuster oder persönliche Antipathie in die Qualität der Arbeitsallianz hineinspielen dürften, stellt die Arbeitsallianz das einvernehmliche Zusammenarbeiten in den Vordergrund (Gelso 2014; Wampold und Imel 2015; Zilcha-Mano et al. 2014).

Die Resultate aus der Qualitätssicherung zeigen das erstaunliche Bild, dass die Qualität der Therapeut-Patient-Interaktion von den meisten Patienten in der Mehrzahl der Sitzungen positiv bewertet wird. Neutrale oder negative Beurteilungen sind eher selten (Tyron et al. 2007).

Diese empirischen Resultate sprechen für das basale humanistische Postulat, dass hilfeschuchende Personen grundsätzlich darauf vertrauen können, wertschätzende, empathische, im Dienste der Sache stehende professionelle Hilfegeber zu finden (Rogers 1983; Wampold und Imel 2015).

Die Konzeption einer pantheoretischen, therapieschulübergreifenden (*Arbeits-)-Allianz* (je nach Messinstrument und konzeptueller Ausarbeitung auch „therapeutic alliance“, „helping alliance“ oder „working alliance“ genannt) steht in enger Nähe zu der *International Society of Psychotherapy Research* (SPR) und der *Society for the Exploration of Psychotherapy Integration* (SEPI). In diesen Gesellschaften fanden sich Psychotherapieforscher diverser Therapietraditionen wie Lester Luborsky, Eduard Bordin, Adam Horvath, William Stiles, Aaron Beck und Mark Goldfried seit den 1970er Jahren zu regelmäßigen, diskursiven Treffen ein (Horvath und Greenberg 1994; Constantino et al. 2010). Das erstmals von Bordin diskutierte *pantheoretische* Konzept der Arbeitsallianz stellt die basale kollaborative Qualität der an der Therapie beteiligten Personen (i. e. zumeist der Patient und der Therapeut) in den Mittelpunkt. Diese kollaborative, dyadische Qualität zeichnet sich durch ein grundsätzlich auf die Sache gerichtetes, vertrauensvolles Arbeiten an gemeinsamen Zielen und daraus abgeleiteten Wegen aus. Verkürzt ausgedrückt: Therapeut und Patient müssen sich nicht lieben; sie müssen zusammenarbeiten. Einzelne mögliche Teilas-

pekte wie beispielsweise das Arbeiten an gemeinsamen Zielen sind nicht gesondert zu betrachten – was zählt, ist die kollaborative Gesamtabstimmung (Horvath und Greenberg 1994).

Die mit der *Allianz* betonte, schon fast arbeits- und organisationspsychologisch anmutende Qualität des gemeinsamen Arbeitens hat womöglich nicht nur im Kontext der Psychotherapie ihre Berechtigung. Sie lässt sich wohl auf weitere professionelle Arbeitssituationen generalisieren. Jedenfalls finden die Fragebogen zur Erfassung der Arbeitsallianz in der letzten Dekade in verschiedensten Professionen und Arbeitskontexten Einsatz (Horvath et al. 2014).

Messinstrumente

In der Psychotherapie werden über 30 verschiedene Fragebogen zur Erfassung der (Arbeits-)Allianz eingesetzt; Kurzversionen und kontextuelle Anpassungen nicht eingeschlossen. Diese Messinstrumente werden vorzugsweise unmittelbar am Ende einer Therapiestunde von den Patienten und/oder den Therapeuten ausgefüllt. In der internationalen Literatur haben sich 4 (englischsprachige) Fragebogen durchgesetzt, die sich inhaltlich deutlich überschneiden (Hatcher und Barends 2006):

- California Psychotherapy Alliance Scale (CALPAS),
- Helping Alliance Questionnaire (HAQ),
- Vanderbilt Psychotherapy Process Scale (VPPS) und
- Working Alliance Inventory (WAI).

Die 4 Messinstrumente sind in zwei Dritteln der publizierten Studien eingesetzt worden. Ein Drittel der Studien verwendeten *Kurzversionen* des von Horvath entwickelten WAI; diese Versionen haben in der letzten Dekade zusätzlich an Popularität gewonnen. Die Reliabilitätswerte der 4 Hauptmessinstrumente sind zufriedenstellend (Martin et al. 2000). Im deutschen Sprachraum liegen entsprechende Übersetzungen vor oder sind in adaptierte Entwürfe integriert (z. B. Bassler et al. 1995; Munder et al. 2010; Flückiger et al. 2010). Es ist zu erwarten, dass die Arbeitsallianz mit anderen Prozessmerkma-

len wie beispielsweise positiven Klärungserfahrungen je nach Stichprobe deutlich korreliert (Flückiger et al. 2010; Mander et al. 2014).

Erstaunlicherweise korrelieren die Einschätzungen der Arbeitsallianz aus Patienten-, Therapeuten- und Beurteilerperspektive nur moderat positiv. Dies ist ein Hinweis dafür, dass die an der Therapie beteiligten Personen unterschiedliche Referenzvorstellungen zur Bewertung der Arbeitsallianz haben können und trotzdem insgesamt ihre Bewertungen in vergleichbare Richtungen vornehmen (Hartmann et al. 2014).

Klinisches Beispiel

Die Arbeitsallianz umfasst das gegenseitig einvernehmliche Arbeiten zwischen Patient und Therapeut. Die Arbeitsallianz ist nicht Resultat einer klar umgrenzten Intervention, sondern genereller Indikator einer vertrauensvollen Kollaboration von Therapeut und Patient, im Rahmen gemeinsamer Ziele und Lösungen zusammenzuarbeiten.

Beispiel einer Gesprächssequenz von Therapeut (T) und Patient (P) während der zweiten Sitzung:

P.: „Ich bin immer noch sehr unruhig in der letzten Zeit. Diese innere Unruhe, die Sie letzte Woche angesprochen haben, die ein allgemeines Merkmal der generalisierten Angststörung sein soll, ist für mich deutlich spürbar, auch wenn ich von außen ja sehr kontrolliert und ruhig wirke.“

T.: „Diese innere Nervosität und Anspannung?“

P.: „Ja genau, ich fühle mich ehrlich gesagt wie auf Nadeln.“

T.: „Das stelle ich mir sehr unangenehm vor. Gibt es Momente, wo Sie sich weniger auf Nadeln fühlen?“

P.: „Doch das gibt es schon auch. Bei meinem Feierabendbier kann ich mich schon entspannen. Aber irgendwie ist das nicht ganz befriedigend.“

T.: „Der Alkohol entspannt; aber eigentlich möchten Sie sich auch ohne Alkohol entspannen können, damit Sie mit sich zufrieden sind?“

P.: „Ja genau.“ [Patient lacht.] „Naja, in den Ratgebern steht ja oft, dass Entspannungsverfahren die Nervosität reduzieren könnten – mit progressiver Muskelrelaxa-

tion habe ich persönlich aber gerade gar nichts am Hut.“

T.: „Dass Sie einerseits das Ziel haben, zu Entspannung zu kommen, dass andererseits der Weg dazu unklar ist?“

P.: „Naja, irgendwie habe ich ja schon auch etwas die Hoffnung aufgegeben, dass es überhaupt einen Weg geben könnte.“

T.: „–“

P.: „Mir ist schon auch bewusst, dass Sie mir keine Garantien machen können. Und trotzdem, was würden Sie mir denn raten?“

T.: „Na gut, wie würden Sie reagieren, wenn ich Ihnen raten würde, progressive Muskelrelaxation anzuwenden?“

P.: „Das würde natürlich gar nicht gehen.“ [Patient lacht.]

T.: „Jaaa, das kann ich nachvollziehen. Irgendwie müssen wir ja beide damit einverstanden sein. Was würden Sie einem Freund in einer vergleichbaren Situation raten?“

P.: „Ich würde ihm wohl raten, etwas mutig zu sein und Dinge auch einfach einmal zu versuchen.“

T.: „Der Mut zum Ausprobieren scheint zentral zu sein. Gleichzeitig stelle ich mir vor, dass es ebenso wichtig ist, genügend kritisch zu bleiben und seinen eigenen Weg zu suchen.“

P.: „Ja stimmt, irgendwie braucht es beides.“

T.: „Wenn ich ganz ehrlich bin, finde ich persönlich ein Entspannungsverfahren wie progressive Muskelrelaxation nicht abwegig. Andererseits ist es mir fern, Ihnen diese Methode aufdrücken zu wollen. Welche Erfahrungen machten Sie damit?“

Der Patient zeigt sich im oben dargestellten Beispiel offen und ehrlich. Er spricht seine Zweifel direkt an (Hinweis auf vertrauensvolles Setting). Der Therapeut geht auf die Bedenken des Patienten ein und versucht, seine Ziele mit denjenigen des Patienten abzugleichen (Ziel- und Mittelübereinstimmung). Die Arbeitsallianz präsentiert sich im dargestellten Beispiel auf 2 Ebenen: Einerseits versucht der Therapeut, kurzfristig so zu intervenieren, dass sich der Patient im Moment in seinen aktivierten Ressourcen und Erwartungen als kongruent und validiert wahrnimmt. Andererseits versucht der Therapeut gleichzeitig herauszuarbeiten, dass

die Therapie die volle Mitarbeit des Patienten verlangt und der Therapeut ebenfalls sein Bestes geben wird, die ihm zu Verfügung stehenden Methoden so anzuwenden und anzupassen, dass längerfristig ein hoher Grad an Übereinstimmung entstehen kann. Dieser Abgleich erfolgt in einer kollaborativen, einvernehmlichen Arbeitsweise.

Vorhersagewert für das Therapieergebnis

Die Metaanalyse ist eine Forschungsmethode, die auf transparente und systematische Weise Forschungsergebnisse vieler Studien zusammenfasst. Sie untersucht die Frage, inwieweit sich einzelne Studienergebnisse auf eine Gesamtheit verallgemeinern lassen. Falls sich die Forschungsergebnisse stark unterscheiden (Heterogenität), kann untersucht werden, inwieweit mögliche Einflussfaktoren das uneinheitliche Bild zu erklären vermögen (sog. Moderatoren; Del Re und Flückiger 2015). Seit den frühen 1990er Jahren wurde der Zusammenhang zwischen der Arbeitsallianz und dem Therapieergebnis periodisch metaanalytisch untersucht. Durch die steigende Zahl der Primärstudien konnte ein immer differenzierteres Bild gezeichnet werden (Horvath und Symonds 1991; Horvath und Bedi 2002; Horvath et al. 2011a, b).

Der letzte Literaturzusammenzug erfolgte ab 2011 im Rahmen einer APA Task Force (Horvath et al. 2011a, b; Flückiger et al. 2012, 2013a; Del Re et al. 2012). Aufgrund einer systematischen Suche von über 7000 Manuskripten in *PsycINFO* und *PSYINDEX* konnten über 200 empirische Manuskripte gefunden werden, die in englischer, deutscher, französischer und italienischer Sprache verfasst worden sind und um die 14.000 Therapien umfassen. Die Mehrzahl der Studien (80%) wurde in Nordamerika durchgeführt.

Insgesamt besteht ein moderater Zusammenhang von 8% erklärter Varianz ($r = 0,275$; Konfidenzintervall $0,25 \leq r \leq 0,31$) zwischen der zumeist einmal gemessenen Allianz während der Therapie und dem Therapieergebnis. Diese statistisch signifikanten Resultate bestätigen diejenigen der vorangegangenen

Psychotherapeut 2015 · 60:187–192 DOI 10.1007/s00278-015-0020-0
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

C. Flückiger · A.O. Horvath · A.C. Del Re · D. Symonds · C. Holzer

Bedeutung der Arbeitsallianz in der Psychotherapie. Übersicht aktueller Metaanalysen

Zusammenfassung

Das pantheoretische Konzept der Arbeitsallianz stellt die kollaborative Qualität der an der Therapie beteiligten Personen (i. e. zumeist der Patient und der Therapeut) in den Mittelpunkt. Die Arbeitsallianz ist die weltweit am besten untersuchte Prozessvariable in der Psychotherapie. Die vorliegende Arbeit bietet einen Überblick über den aktuellen metaanalytischen Wissensstand. Basierend auf 200 Primärstudien mit 14.000 teilnehmenden Patienten wurde der Zusammenhang zwischen Arbeitsallianz und Therapieerfolg metaanalytisch untersucht. Die Arbeitsallianz erweist sich als äußerst robuster Prädiktor, der moderate 8% der Varianz des Therapieerfolgs erklärt. Der Zusammenhang über die verschiedenen Psychotherapietraditionen hinweg zeigte sich sowohl unter randomisierten kontrollierten, manualisierten Studienbedin-

gungen als auch unter naturalistischen Voraussetzungen. Der Effekt fand sich zudem in den störungsspezifischen Erfolgseinschätzungen und den generelleren Erfolgsmaßen. Die moderaten Therapieuteneffekte in den Primärstudien konnten metaanalytisch bestätigt werden. Soziokulturelle Aspekte wie Substanzmissbrauch und ethnische Minoritäten moderieren den Einfluss zwischen Arbeitsallianz und Therapieerfolg. Die Nähe der Forscher zum Allianzkonzept („allegiance“) beeinflusst die Vorhersagekraft der frühen Allianz zwar statistisch bedeutsam, jedoch nicht substantiell.

Schlüsselwörter

Arbeitsallianz · Metaanalyse · Allianz-Ergebnis-Vorhersage · Therapeut-Patient-Beziehung · Prozessforschung

Importance of working alliance in psychotherapy. Overview of current meta-analyses

Abstract

The pan-theoretical concept of the working alliance highlights the confident collaborative quality between patients and therapists. The alliance is one of the most investigated concepts in psychotherapy process research. This article presents an overview of recent meta-analyses. The relationship between the alliance and therapeutic outcomes was investigated based on 200 primary studies that included 14,000 therapies. The alliance predicts a moderate portion of the total therapy outcome (approximately 8% explained variance). This positive relationship is robust across the various psychotherapy traditions as well as across a variety of research designs, such as randomized controlled and manualized study conditions as well as disorder-spe-

cific outcomes. Moderate therapist effects, which have been observed in primary studies, were replicated based on a meta-analytic approach. Substance use disorders and ethnic minorities are highly confounded in the investigated research samples. This suggests that sociocultural issues impact the quality of the alliance development and its relationship to outcomes. Researcher allegiance to the alliance concept was a significant but not substantial moderator of the relationship between the early alliance and outcome.

Keywords

Working alliance · Meta-analysis · Alliance and therapeutic outcome · Therapist patient relation · Process research

nen Metaanalysen. Subgruppenanalysen der 41 in Europa bzw. 22 im deutschen Sprachraum durchgeführten Studien zeigen ein analoges Bild ($r = 0,26/0,27$). Eine vergleichbare Vorhersagekraft der Arbeitsallianz konnte ebenfalls metaanalytisch in Gruppentherapien ($r = 0,26$, $k = 24$ Studien; Friedlander et al. 2011) und Therapien mit Kindern und Jugendlichen ($r = 0,22$, $k = 16$; Shirk et al. 2011)

bestätigt werden. Weiter konnten in überlappenden Konzepten vergleichbare Zusammenhänge gefunden werden, beispielsweise für Empathie, Zielübereinstimmung und Gruppenkohäsion (Norcross 2011). Dies steht im Gegensatz zu eher technikorientierten Variablen wie die Adhärenz zum Behandlungsprotokoll (Stangier im vorliegenden Heft).

Tab. 1 Zusammenhang zwischen der Arbeitsallianz und dem Therapieerfolg unter verschiedenen Bedingungen

	Bedingungen ^a
Keine systematischen Unterschiede	Eingesetztes Allianzmessinstrument
	Beurteilerperspektive (Therapeut ≈ Patient ≈ Beobachter)
	Behandlungstradition (KVT ≈ IPT ≈ PD)
	PS (hoher Anteil ≈ PS ausgeschlossen)
	Publikationsart (Beitrag ≈ Dissertation ≈ Buchkapitel)
	RCT (RCT ≈ kein RCT)
	Störungsspezifische Erfolgsmessung (spezifisch ≈ unspezifisch)
	Manualisierung (manualisierte Therapie ≈ keine Manualisierung)
Systematische Unterschiede	Messzeitpunkt der Allianz (Beginn < Ende der Therapie)
	Spezifisches Erfolgsmaß (BDI > Therapieabbrüche)
	SUD (hoher SUD Anteil < SUD ausgeschlossen)
	USA – EM (hoher EM-Anteil < niedriger EM-Anteil)
	Therapeuteneffekte (innerhalb der Therapeuten < zwischen Therapeuten)
	Forschlerinteressen ^b (Mitentwickler des Allianzkonzepts > kein Entwickler)

BDI Beck-Depressions-Inventar, EM ethnische Minoritäten, IPT interpersonelle Therapie, KVT kognitive Verhaltenstherapie, PD psychodynamische Therapien, PS Persönlichkeitsstörungen, RCT „randomized controlled trial“, SUD „substance use disorder“ (Substanzmissbrauch).

^aIn allen Bedingungen $r > 0,18$.

^bInteragiert mit dem Messzeitpunkt der Allianzmessung: Die Unterschiede zeigen sich nur dann, wenn die Allianz in einer frühen Therapiephase beurteilt worden ist.

Einflussfaktoren des Zusammenhangs von Arbeitsallianz und Therapieergebnis

Die Resultate sind stark heterogen, sodass potenzielle Einflussfaktoren (Moderatoren) getestet werden konnten, die die Vorhersagekraft der Arbeitsallianz beeinflussen. Insbesondere waren 3 Bereiche von Interesse, die in den letzten Dekaden im Feld kontrovers diskutiert worden sind:

- Vorhersagekraft unter randomisierten kontrollierten Studienbedingungen,
- Bedeutung möglicher Therapeuteneffekte und
- Einfluss soziokultureller Variablen wie Substanzmissbrauch und ethnische Minoritäten.

Studienbedingungen

Die Vorhersagekraft der Arbeitsallianz ist bei störungsspezifischen Erfolgskriterien unter randomisierten kontrollierten, manualisierten Studienbedingungen durchgeführten, kognitiven Verhaltenstherapien vergleichbar hoch wie unter breiter gefassten Studienbedingungen. Forscherinteressen scheinen die Vorhersagekraft zwar signifikant, jedoch nicht subs-

tanziell zu beeinflussen (*Allegiance*-Effekte; Flückiger et al. 2012). Bei mit dem mithilfe des BDI gemessenen Therapieerfolg ergibt sich ein hoher Zusammenhang ($r = 0,41$) im Vergleich zu anderen Erfolgskriterien wie der Abbruchrate ($r = 0,18$; Horvath et al. 2011a, b).

Therapeuteneffekte

Es scheint Therapeuten zu geben, die mit ihren Patienten vergleichsweise bessere Arbeitsallianzen aufbauen können als andere. Diese Unterschiede zwischen den Therapeuten sind erfolgsrelevant, d. h., Therapeuten, die durchschnittlich bessere Allianzen aufbauen, therapieren auch etwas erfolgreicher (Baldwin et al. 2007; Dinger et al. 2008). Diese moderaten Therapeuteneffekte konnten metaanalytisch bestätigt werden (Del Re et al. 2012).

Soziokulturelle Einflussfaktoren

In Behandlungsgruppen, in denen Patienten mit Substanzmissbrauch ausgeschlossen worden sind, ist der Zusammenhang zwischen der Arbeitsallianz und dem Therapieerfolg größer als in Behandlungsgruppen, die Substanzmissbrauch einschließen. Entgegen den Wahrscheinlichkeiten in der Gesamtbevölkerung sind

ethnische Minoritäten in „Studien-Samples“ mit Drogenmissbrauch übervertreten (Meier et al. 2005; Flückiger et al. 2013a).

Insgesamt ist der Zusammenhang zwischen der Arbeitsallianz und dem Therapieerfolg erstaunlich robust. So zeigen sich keine systematischen Effekte zwischen den verschiedenen Beurteilern (Patienten, Therapeuten, Beobachter). Der Zusammenhang zeigt sich weiter über die verschiedenen Störungsbilder hinweg (einschließlich Persönlichkeitsstörungen). In Studien, die für die Messung der Allianz und des Therapieerfolgs dieselben Personen einsetzen (z. B. Patienten oder Therapeuten), ist die Vorhersagekraft leicht erhöht (Halo-Effekt). Eine Übersicht aller untersuchten Einflussfaktoren und die Richtungen der Moderatorneffekte finden sich in **Tab. 1**.

Verlaufsmuster

Die Beschreibung der Längsschnittverläufe der Arbeitsallianz über die Therapie hinweg erweist sich als äußerst uneinheitlich. Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass je später die Arbeitsallianz in der Therapie gemessen wird, desto stärker korreliert sie erwartungsgemäß mit dem Therapieerfolg.

Wird die frühe Arbeitsallianz in jeder Sitzung gemessen (Sitzungen 1–5), zeigen sich die gemittelten Einschätzungen als bessere Prädiktoren im Vergleich zu einzelnen Einschätzungen bzw. Veränderungswerten von Sitzung zu Sitzung (Crits-Christoph et al. 2011).

Der Zusammenhang zwischen dem Aufbau einer frühen Arbeitsallianz und dem Therapieerfolg stellt sich relativ unabhängig von der Eingangsbelastung bzw. den frühen Therapiefortschritten dar (z. B. Flückiger et al. 2013b).

Verlaufsmuster innerhalb einzelner Sitzungen sind noch unzureichend untersucht. Des Weiteren ist der mögliche Einfluss einzelner Institutionen auf den Aufbau und die Aufrechterhaltung der Arbeitsallianz noch kaum erforscht.

Insgesamt kann – und aus ethischer Perspektive vielleicht sogar muss – davon ausgegangen werden, dass sich sowohl die Therapeuten als auch die Patienten im Verlauf einer Therapie äußerst in-

dividuell verhalten und sich gleichzeitig gegenseitig beeinflussen (Stiles 2009; Caspar und Grosse Holtforth 2009).

Klinische Implikationen

Basierend auf den Resultaten der Primärstudien lassen sich folgende klinische Implikationen zusammenfassen:

- Psychotherapie hat einen öffentlich-rechtlichen Rahmen. Mit der Arbeitsallianz wird die Gesamtabstimmung von Therapiezielen, therapeutischen Mitteln und vertrauensvollen Rahmenbedingungen betont. Psychotherapeutische Interventionen setzen grundsätzlich ein einvernehmliches Zusammenarbeiten zwischen Therapeut und Patient voraus.
- Die Bildung der Arbeitsallianz ist auf das Behandlungsrationale bezogen, das der Therapeut in der Therapie anwendet. Aus dieser Perspektive baut der Therapeut die Arbeitsallianz nicht gesondert auf, sondern sie ist Indikator für das gemeinsame Engagement und die Feinabstimmung des Gesamtunterfangens Psychotherapie.
- Der Aufbau einer zweckdienlichen („good enough“) Arbeitsallianz zu Beginn einer Therapie ist einerseits zentral, damit die Patienten die Therapie nicht unmittelbar abbrechen. Andererseits legt die frühe Arbeitsallianz (unter anderen Faktoren) eine Basis dafür, dass sich die Patienten auf die weitere Therapie einlassen können.
- In der ersten Therapiephase ist es zentral, dass die Methoden der Therapie mit den spezifischen Erwartungen, Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie Bedürfnissen des Patienten abgeglichen werden. Der sorgfältige Abgleich von dem, was die Therapeuten bzw. die Patienten denken, was das Beste für den Patienten ist, kann für den nachfolgenden Verlauf einer Therapie entscheidend sein. Was schlussendlich zählt, ist, dass Patient und Therapeut zur Therapie stehen können.
- Die Qualität der Arbeitsallianz kann zwischen und über die Sitzungen hinweg fluktuieren. Erfolgsrelevant ist eher die zentrale Tendenz als eine ein-

zelne Einschätzung der Arbeitsallianz. Liegen gute therapeutische Erklärungen vor, soll eine einzelne Einschätzung nicht überbewertet werden.

- Die Beurteilung der Qualität der Arbeitsallianz kann insbesondere zu Therapiebeginn zwischen Patient und Therapeut stark divergieren. Ein regelmäßiges Monitoring kann helfen, dass die Therapeuten die Arbeitsallianz des Patienten nicht vorschnell als gegeben hinnehmen bzw. mit sich und der Therapie allzu (selbst-)kritisch werden.
- Soziokulturelle Faktoren wie Substanzmissbrauch oder ethische Minoritäten können den Zusammenhang zwischen Arbeitsallianz und Therapieerfolg moderieren. Eine sorgfältige und breite Psychodiagnostik kann dazu beitragen, sich ein detailliertes Bild über das psychosoziale Umfeld des Patienten zu verschaffen.
- Therapeuten unterscheiden sich in der Qualität, wie sie die Arbeitsallianz aufbauen und mitgestalten (Therapeuteneffekte). Kritische, negative bis feindselige Reaktionen von Patienten sind während den Sitzungen möglich. Die Schulung von Psychotherapeuten soll sowohl die stringente Gesamtkonzeption einer Therapie als auch die Feinsteuerung der Therapiesitzungen einschließen. Was zählt ist die fallspezifische Gesamtabstimmung.

Fazit für die Praxis

- Die pantheoretische Arbeitsallianz beschreibt die kollaborative Qualität zwischen Therapeut und Patient in einem vertrauensvollen Rahmen an gemeinsamen Zielen und daraus abgeleiteten Wegen psychotherapeutisch zu arbeiten.
- Diese Qualität ist grundsätzlich von anderen Beziehungsqualitäten wie beispielsweise persönliche Sympathie/Antipathie und sich in der Therapie manifestierende Beziehungsmuster von Patient (oder auch Therapeut) abzugrenzen.
- Im Einzelfall können problematische Aspekte die Arbeitsallianz torpedieren oder stärken. Das Ansprechen problematischer Aspekte wäh-

rend der Therapie geht in vielen Fällen mit einer hohen Einschätzung der Arbeitsallianz einher.

- Die Arbeitsallianz zeigt sich als erstaunlich robuster Prädiktor des Therapieerfolgs. Sie ist sowohl in randomisierten kontrollierten Vergleichsstudien als auch in naturalistischen Settings über die verschiedenen Therapietraditionen hinweg ein pragmatischer, therapiebezogener Indikator während der Durchführung einer Psychotherapie.

Korrespondenzadresse

PD Dr. C. Flückiger

Psychologisches Institut
Universität Zürich
Binzmühlestr. 14/18
5080 Zürich
christoph.flueckiger@psychologie.uzh.ch

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. Christoph Flückiger, Adam O. Horvath, A.C. Del Re, Dianne Symonds und Corinne Holzer geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

- Baldwin S, Imel ZE, Wampold BE (2007) Untangling the alliance–outcome correlation: exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *J Consult Clin Psychol* 75:842–852
- Bassler M, Potratz B, Krauthausen H (1995) Der Helping Alliance Questionnaire (HAQ) von Luborsky. Möglichkeiten zur Evaluation von stationärer Psychotherapie. *Psychotherapeut* 40:23–32
- Caspar F, Grosse Holtforth M, Responsiveness (2009) Eine entscheidende Prozessvariable in der Psychotherapie. *Z Klin Psychol Psychoth* 38(1):61–69
- Constantino MJ, Ladany N, Borkovec TD (2010) Edward S. Bordin: innovative thinker, influential investigator, and inspiring teacher. In: Castonguay LG, Muran JC, Angus L, Hayes JA, Ladany N, Anderson T (Hrsg) Bringing psychotherapy research to life: understanding change through the work of leading clinical researcher. American Psychological Association, Washington, DC, S 21–57
- Crits-Christoph P, Gibbons MBC, Hamilton J, Ring-Kurtz S, Gallop R, The dependability of alliance assessments (2011) The alliance–outcome correlation is larger than you might think. *J Consult Clin Psychol* 79(3):267–278
- Del Re AC, Flückiger C (2015) Meta analysis. In: Norcross JC, VandenBos GR, Freedheim DK (Hrsg) APA Handbook of Clinical Psychology. American Psychological Association, Washington, DC

- Del Re AC, Flückiger C, Horvath AO, Symonds D, Wampold BE (2012) Therapist effects in the therapeutic alliance–outcome relationship: a restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 32(7):642–649
- Dinger U, Strack M, Leichsenring F, Wilmers F, Schauenburg H (2008) Therapist effects on outcome and alliance in inpatient psychotherapy. *J Clin Psychol* 64:344–354
- Flückiger C, Regli D, Zwahlen D, Hostettler S, Caspar F (2010) Der Berner Therapeuten- und Patientenstundenbogen 2000. Ein Instrument zur Erfassung von Therapieprozessen. *Z Klin Psychol Psychother* 39(2):71–79
- Flückiger C, Del Re AC, Wampold BE, Symonds D, Horvath AO (2012) How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *J Counsel Psychol* 59(1):10–17
- Flückiger C, Del Re AC, Horvath AO, Symonds BD, Ackert M, Wampold BE (2013a) Substance use disorders and racial/ethnic minorities matter: a meta-analytic examination of the relation between alliance and outcome. *J Counsel Psychol* 60:610–616
- Flückiger C, Grosse Holtforth M, Znoj HJ, Caspar F, Wampold BE (2013b) Is the relation between early post-session reports and treatment outcome an epiphenomenon of intake distress and early response? A multi-predictor analysis in outpatient psychotherapy. *Psychother Res* 23:1–13
- Friedlander ML, Escudero V, Heatherington L, Diamond GM (2011) The alliance in couple and family therapy. *Psychotherapy* 48(1):25–33
- Gelso C (2014) A tripartite model of the therapeutic relationship: theory, research and practice. *Psychother Res* 24(2):117–131
- Hartmann A, Joos A, Orlinsky DE, Zeeck A (2014) Accuracy of therapist perceptions of patients' alliance: exploring the divergence. *Psychother Res*. doi:10.1080/10503307.2014.927601
- Hatcher RL, Barends AW (2006) How a return to theory could help alliance research. *Psychotherapy* 64:1320–1336
- Horvath AO, Bedi RP (2002) The alliance. In: Norcross JC (Hrsg) *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford University Press, New York, S 37–69
- Horvath AO, Greenberg LS (1994) *The working alliance: theory, research and practice*. Wiley, New York
- Horvath AO, Symonds BD (1991) Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *J Counsel Psychol* 38(2):139–149
- Horvath AO, Del Re AC, Flückiger C, Symonds D (2011a) Alliance in individual psychotherapy. In: Norcross JC (Hrsg) *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford University Press, New York, S 37–69
- Horvath AO, Del Re AC, Flückiger C, Symonds D (2011b) Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy* 48(1):9–16
- Horvath AO, Flückiger C, Del Re AC, Jafari H, Symonds BD, Lee E (2014) The relationship between helper and client: looking beyond psychotherapy. In: 45 Congress of the Society of Psychotherapy Research. Copenhagen, Denmark. doi:10.1080/10503307.2014.927601
- Mander J, Schlab A, Teufel M, Keller F, Hautzinger M, Zipfel S, Wittorf A, Sammet I (2014) The individual therapy process questionnaire. *Clin Psychol Psychother*. doi:10.1002/cpp.1892
- Martin DJ, Garske JP, Davis MK (2000) Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 68(3):438–450
- Meier PS, Barrowclough C, Donmall MC (2005) The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: a critical review of the literature. *Addiction* 100(3):304–316
- Munder T, Wilmers F, Leonhart R, Linster HW, Barth J (2010) Working alliance inventory – short revised (WAI-SR): psychometric properties in outpatients and inpatients. *Clin Psychol Psychother* 17(3):231–239
- Norcross JC (2011) *Relationships that work*. American Psychological Association, Washington, DC
- Rogers CR (1983) *Therapeut und Klient*. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. Fischer, Frankfurt a. M.
- Shirk SR, Karver MS, Brown R (2011) The alliance in child and adolescent psychotherapy. *Psychotherapy* 48(1):17–24
- Stiles WB (2009) Responsiveness as an obstacle for psychotherapy outcome research: it's worse than you think. *Clin Psychol-Sci Pr* 16(1):86–91
- Tyrone GS, Blackwell SC, Hammel EF (2007) A meta-analytic examination of client-therapist perspectives of the working alliance. *Psychother Res* 17(6):629–642
- Wampold BE, Imel ZE (2015) *The great psychotherapy debate: models, methods, and findings*. Taylor & Francis Group, New York
- Zilcha-Mano S, McCarthy KS, Dinger U, Barber JP (2014) To what extent is alliance affected by transference? An empirical exploration. *Psychotherapy* 51:424–433

Gene bestimmen, welche Spuren Stress im Gehirn hinterlässt

Wiener Forscher haben herausgefunden, dass individuelle genetische Voraussetzungen bestimmen, welche Wirkung Stress auf unsere Emotionszentren hat. Ob Menschen sich durch Krisen weiterentwickeln oder aber daran zerbrechen wird demnach durch ein Wechselspiel von Depressions-Gen-Varianten und Umweltfaktoren bestimmt. Die Wissenschaftler wiesen nach, dass es Wechselwirkungen zwischen belastenden Lebensereignissen („Life Events“) und bestimmten Risiko-Genvarianten (COMT Val158Met, BDNF Val66Met, 5-HTTLPR) gibt, die das Volumen des Hippocampus nachhaltig verändern. Je mehr dieser Risiko-Gene ein Mensch besitzt, desto negativer wirken sich „Life-Events“ auf die Größe des Hippocampus aus. Bei keinem oder wenigen Risiko-Genen kann sich solch ein „Life-Event“ sogar positiv auswirken. Für die Untersuchung fragten die Forscher gesunde Probandinnen nach belastenden Lebensereignissen. Des Weiteren wurde eine hochauflösende Magnetresonanztomografie und Genanalysen durchgeführt. Das Hippocampusvolumen wurde mittels computergestützter Verfahren bestimmt und anschließend mit den Gen- und Umweltdaten analytisch in Beziehung gebracht. Das Ergebnis der Studie: Personen mit drei der Risiko-Genvarianten hatten bei einer ähnlichen Anzahl an „Life Events“ einen kleineren Hippocampus als jene mit weniger oder keinen der Genvarianten.

Literatur: Rabl U, Meyer BM, Diers K et al (2014) Additive gene-environment effects on hippocampal structure in healthy humans. *J Neurosci*. 34: 9917–26

Quelle: Medizinische Universität Wien, www.meduniwien.ac.at